

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ARTHRITES GONOCOCCIQUES

ET

LEUR TRAITEMENT PAR UN SÉRUM POLYVALENT

PAR

URBAIN ASSEMAT

De la Faculté de Médecine de Paris

Président : M. GILBERT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ARTHRITES GONOCOCCIQUES

ET

LEUR TRAITEMENT PAR UN SÉRUM POLYVALENT

PAR

URBAIN ASSEMAT

De la Faculté de Médecine de Paris

Président : M. GILBERT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE.
LETULLE
PRENANT
RICHAUD
CARNOT
LÉON BERNARD
BALHAZARD
MENETRIER
ROGER

Clinique médicale.....

ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....

Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique des maladies contagieuses.....

N.
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

BRINDEAU
JEANNIN
COUVELAIRE
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGENT

Clinique gynécologique.....

Clinique chirurgicale infantile.....

Clinique thérapeutique.....

Clinique oto-rhino-laryngologique.....

Clinique thérapeutique chirurgicale.....

Clinique propédeutique.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRÉ
DESMAREST

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
REITTERER
RIBIERRE
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
RICHAUD
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

A MES PARENTS

A MA FEMME

*Faible témoignage de toute mon
affection.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'HOTEL-DIEU

*En le remerciant du grand honneur
qu'il nous a fait en voulant bien
présider cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR GILBERT

M. LE DOCTEUR FOIX

M. LE DOCTEUR TRÉMOLLIÈRES

M. LE DOCTEUR APERT

M. LE DOCTEUR MACÉ

M. LE DOCTEUR OKINCZYK

M. LE DOCTEUR POTHERAT

M. LE DOCTEUR JORNIER

M. LE DOCTEUR DUMONT

M. LE DOCTEUR DEVAL

M. LE DOCTEUR FOUCART

M. LE DOCTEUR LÉVY-FRAENKEL

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE LE D^r CAUSSADE

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

*Qui a bien voulu m'inspirer cette
thèse, en témoignage de sincère
et bien respectueuse affection.*

A MONSIEUR STÉRIAN

*Pour tous les renseignements qu'il
a bien voulu me procurer et pour
pour toutes les observations in-
téressantes que je lui dois.*

GÉNÉRALITÉS SUR LES ARTHRITES BLENNORRHAGIQUES

La blennorrhagie constitue une des maladies les plus répandues ; c'est une des affections les plus redoutables, aussi bien par ses conséquences immédiates que par ses conséquences lointaines.

Il faut se méfier, chez l'homme, de ces blennorrhagies prétendues guéries du fait que l'écoulement ne persiste plus ; en effet, quelquefois, sournoisement, sans le moindre symptôme, le gonocoque poursuit son œuvre d'infection ; après l'urèthre antérieur et postérieur, les vésicules séminales se trouvent atteintes à leur tour et, vu la richesse vasculaire de cet organe, il peut y avoir diffusion par voie sanguine et le gonocoque peut alors aller se localiser en un endroit quelconque. De là découlent, ainsi que l'ont bien prouvé Faure Baulieu et A. Lemièrre, toutes les manifestations secondaires de la blennorrhagie ; tous les organes peuvent être atteints.

L'homme est une source de contamination pour la femme, contamination dont on connaît les méfaits sur les organes génitaux ; elle est une cause de stérilité et provoque l'ophtalmie des nouveau nés.

Le gonocoque peut rester très longtemps à l'état latent ; c'est pourquoi, dès le début de cette étude, nous insistons tout spécialement sur la nécessité de rechercher le gonocoque chez les malades ayant eu la blennorrhagie. Souvent, en procédant ainsi, on trouvera l'étiologie d'une périostite dont on ignore la cause ; des lésions cardiaques seront expliquées ; il en sera de même pour beaucoup d'affections pulmonaires, péritonéales, méningitiques.

Cette infection gonococcique qui est une gonococcémie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, chez le jeune adulte que dans l'âge mûr (de 25 à 35 ans).

La lésion initiale est, le plus souvent, une uréthrite, qui peut être entièrement guérie lorsque l'infection générale débute. L'uréthrite peut même passer inaperçue du malade, l'écoulement ayant simplement consisté en une petite goutte de pus le matin. Dans la plupart des cas, l'urèthre postérieur est envahi, de même que la prostate et les vésicules séminales.

Y a-t-il parmi les gonocoques certaines familles plus virulentes les unes que les autres ? L'absence de localisations extra urinaires chez certains malades présentant un écoulement très abondant, pourrait le laisser supposer. Vaquez et Laubry ont signalé autrefois le cas de deux hommes ayant contracté la blennorrhagie à la même source et qui, tous deux, furent atteints de localisations articulaires. Ahman retire le gonocoque du sang d'un malade atteint de

gonococcémie avec point de côté et le dépose dans un urèthre sain ; peu après, chez le sujet, se déclarent des phénomènes pulmonaires graves avec synovites.

Les articulations sont le point d'élection des métastases gonococciques ; elles se présentent dans environ 2 % des cas. Toutes les séreuses articulaires ne sont pas également touchées par l'infection ; les statistiques de Foucar, Brandes, Roulet, Fournier, donnent les chiffres suivants :

Genou.....	85
Tibio-tarsienne.....	32
Doigts et orteils.....	23
Coxo-fémorale.....	16
Poignet.....	14
Epaule.....	12
Coude.....	11
Temporo-maxillaire.....	6
Articulations pied.....	5
Sacro-iliaque.....	4
Sterno-claviculaire.....	1

Comme on le voit, l'articulation sterno-claviculaire mentionnée dans les traités est assez rarement prise, mais l'atteinte de cet article est en quelque sorte pathognomonique de la gonococcémie ; elle peut cependant se rencontrer dans l'infection puerpérale.

Parmi les causes adjuvantes des arthrites gonococciques on peut placer les traumatismes. Les af-

fections antérieures des articulations ne semblent pas avoir de rôle bien net.

Il est très difficile de mettre le gonocoque en évidence dans la sérosité des articulations atteintes. Au début, il y a simplement hyperhémie locale et production d'exsudats inflammatoires siégeant dans l'épaisseur des tissus péri-articulaires ; ces exsudats peuvent se résoudre ou s'organiser sous forme de tractus fibreux fixant les deux surfaces articulaires. Les lésions osseuses peuvent être très marquées ; elles consistent en néoformations osseuses constatables cliniquement par une tuméfaction de l'os. D'après les travaux d'Achard, il y a souvent transformation osseuse des ligaments et des tissus fibreux péri-articulaires.

Les manifestations articulaires se présentent sous quatre aspects :

1° L'arthralgie, qui est la complication la plus simple ; elle se caractérise par une douleur légère le matin au réveil, douleur qui disparaît lorsque le malade a « dérouillé ses articulations ». Elle peut être généralisée, ou localisée à une seule articulation.

2° L'hydarthrose. Cette hydarthrose a les caractères de l'hydarthrose ordinaire, elle est le plus souvent unilatérale. Elle s'accompagne d'atrophie musculaire et a une grande tendance à la récurrence. Au genou, où elle est la plus fréquente, il y a distension de la synoviale et du cul-de-sac sous-tricipital. Cette hydarthrose peut persister pendant deux ou

trois mois. Son caractère propre est surtout la fixité, par opposition avec l'hydarthrose rhumatismale essentiellement mobile.

3° La poly-arthrite qui peut simuler absolument le rhumatisme articulaire aigu ; bon nombre d'affections étiquetées maladies de Bouillaud, et qui ont résisté au traitement salycilé, ne sont vraisemblablement pas autre chose que des affections gonococciques.

Dans la poly-arthrite gonococcique type, les sueurs font défaut, l'anémie est moins intense ; de plus, toutes les articulations sont rarement prises ; il n'y a pas comme dans le rhumatisme articulaire une migration réelle d'une articulation à une autre ; il y a tendance à l'hydarthrose et enfin et surtout, le *salycilate de soude donné à haute dose est inefficace*. Le plus souvent, alors que toutes les autres articulations peuvent être considérées comme guéries, une seule semble subir toute l'infection ; on se trouve alors en face de :

4° Mono-arthrite blennorrhagique. Forme la plus fréquente. Ce sont surtout les genoux et particulièrement le genou gauche qui est atteint. Cette arthrite peut être séreuse ou purulente ; la plupart du temps elle est séro-fibrineuse. La tuméfaction est rapide et suit immédiatement la douleur. La peau ne tarde pas à rougir. L'œdème est surtout périarticulaire ; quelquefois il y a un gonflement rouge considérable qui mérite le nom de pseudo-phlegmon. Cette arthrite aboutit régulièrement à l'anky-

lose. L'atrophie musculaire est considérable. La douleur nocturne est très intense, le moindre déplacement est une cause de recrudescence. Cette douleur n'est pas seulement articulaire ; elle s'étend aux bourses séreuses para-articulaires et aux gaines avoisinantes. La cavité de l'articulation ne contient qu'un épanchement médiocre ; par contre, les téguments sont épaissis, l'appui du doigt y détermine un godet d'œdème, les parties molles sont empâtées. Il y a impotence fonctionnelle complète. La température locale est plus élevée de 2 à 3°.

A côté de ces affections aiguës, on peut placer la poly-micro-arthrite déformante décrite par Fournier et qui, comme son nom l'indique, atteint les petites articulations, doigts, orteils. A la main tous les doigts sont généralement intéressés, sauf le pouce ; ils ont une forme fusiforme, c'est le doigt en radis de Fournier. La lésion est uniquement péri-articulaire ainsi que Emery et Glantinez l'ont démontré à l'aide de la radiographie. Il y a néoformation osseuse et formation d'une griffe comme dans le rhumatisme chronique progressif et déformant. Les lésions sont quelquefois bilatérales et peuvent s'accompagner de troubles trophiques, de productions cornées, de la chute des poils et des ongles.

Dans les formes aiguës et sévères, la fièvre affecte le plus souvent le type intermittent ; elle survient toutes les 24 heures, toutes les 36 heures, toutes les 48 heures ; la période fébrile dure environ de 12 à 24 heures. Dans ces cas, il peut souvent y avoir ap-

parition d'érythème noueux ou bien papulo-vésiculo-pustuleux secondaire à un érythème scarlatini-forme à dissémination irrégulière.

Manifestations para-articulaires. — Ainsi que nous le disions plus haut, les phénomènes inflammatoires dépassent très souvent les limites de l'articulation et envahissent les tissus péri-articulaires. On voit alors apparaître les synovites tendineuses qui entraînent après elles des rétractions et des déformations persistantes. Ces synovites s'observent surtout aux pieds, aux genoux, aux poignets. Elles se présentent comme une tuméfaction accompagnée de rougeur des téguments, s'étendant sur toute la longueur d'une gaine tendineuse ; la douleur est intense et tout mouvement est impossible. Ces synovites sont rarement purulentes. Il peut y avoir aussi inflammation des bourses séreuses péri-articulaires ; la bursite sous-calcanéenne a été décrite sous le nom de névralgie du talon ; dans ce cas, la voûte plantaire est plus accentuée que normalement.

Chauffard, Hiller et Ware ont signalé des myosites à gonocoques. Les périostites et douleurs osseuses ont surtout été décrites par Fournier. Les malades accusent une douleur vive au niveau d'un os, sur une petite surface près d'une articulation. A ce niveau il y a empâtement, légère saillie, et parfois rougeur inflammatoire des téguments ; ces périostites siègent surtout aux points proéminents du squelette. Parfois il peut même y avoir périostose.

Douloureuses au début, ces périostites deviennent de moins en moins sensibles.

L'hygroma peut siéger au niveau de la bourse prérotulienne.

Autres localisations de l'infection gonococcique.

— La gonococcémie peut aussi entraîner des lésions cardiaques ; l'endocardite se montre avec une fréquence remarquable ; c'est la valvule mitrale qui est le plus souvent touchée. Cette endocardite peut être ulcéreuse et végétante ; une seule observation de péricardite, celle de Thayer et Lazear. La pleurésie se rencontre assez souvent.

L'albuminurie se rencontre au cours de la polyarthrite (Blazer, Jaquinet et Souplet) de même que la conjonctivite (Fournier).

Au point de vue clinique, le début des arthrites gonococciques est caractérisé par de vagues douleurs qui touchent plusieurs articulations, soit simultanément, soit à tour de rôle, pour se localiser ensuite dans l'espace d'une semaine environ, sur une ou plusieurs articulations. Cette atteinte douloureuse généralisée doit être différenciée du rhumatisme articulaire aigu, au cours duquel une articulation peut être visitée deux ou trois fois et redevenir indemne spontanément.

DIAGNOSTIC DES ARTHRITES BLENNORRHAGIQUES

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Au point de vue diagnostic clinique des arthrites gonococciques, il est quelquefois très difficile de préciser l'élément étiologique qui peut être caché, et qui ne se dévoile que par le manque de proportion entre la lésion articulaire et les lésions des autres organes. Il est même des cas où un malade atteint d'arthrite blennorrhagique peut avoir eu d'autres symptômes qui pourraient faire songer à d'autres éléments étiologiques.

Un cas cité par M. Stérian est très net à cet égard : ce cas présente une importance sociale de haute valeur ; il s'agit d'une jeune fille atteinte d'une arthralgie du genou. Il y avait amaigrissement marqué depuis un certain temps ; la malade était pâle ; à l'auscultation des sommets on constatait une respiration saccadée ; à la radio un sommet était voilé. Soumise au traitement par le sérum du D^r Stérian, au bout de trois semaines tous ces accidents disparaissent, la malade engraisse, reprend ses couleurs,

l'arthralgie a complètement disparu. Elle sort complètement guérie, tout en laissant au chef de service l'impression que ses poumons ne sont pas absolument sains.

Un autre cas de diagnostic délicat se trouve réalisé chez un malade du service du D^r Caussade (observation VIII). Ce malade est entré dans le service pour douleurs articulaires siégeant dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, au poignet gauche, et au coude du même côté. De plus, il présentait un assourdissement des bruits du cœur. Huit jours avant son entrée en salle, il y avait eu angine rouge avec dysphagie et herpès ; le cas paraissait classique et l'on porta le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Selon la méthode de notre maître le D^r Caussade, le malade étant un homme âgé de moins de 30 ans, il lui fut prescrit 14 gr. de salicylate de soude à prendre dans les 24 heures pendant un seul jour ; deux ou trois jours plus tard le traitement fut repris à plus petite dose ; aucune amélioration ne fut constatée.

A ce moment apparut une tuméfaction de tout le bras gauche avec point extrêmement douloureux à la partie supérieure du radius ; les autres rouleurs avaient disparu. Tous les diagnostics furent discutés : ostéomyélite, ostéite tuberculeuse, périostite, tous étaient possibles, aucun n'était évident.

Le massage de la prostate pratiqué une première fois n'avait pas donné de résultat ; la seconde fois

on put faire sourdre une goutte de pus contenant du staphylocoque.

Fort de cette découverte, le traitement par le sérum Stérian fut institué et à l'heure actuelle, le malade peut être considéré guéri. Est-ce à dire que toujours le diagnostic est impossible ? Non, mais parfois il est très délicat, et il faut toujours y penser en présence d'une manifestation articulaire ou para-articulaire.

Au point de vue localisation articulaire, le diagnostic doit être fait avec :

I° *Les arthrites infectieuses.* — Dans le courant de certaines maladies infectieuses telles que : scarlatine, dysenterie, oreillons, érysipèle, on rencontre assez souvent des arthrites qui sont liées à ces affections. Au cours de la grossesse, des accidents articulaires peuvent aussi se rencontrer.

Dans tous ces cas, il est rare que ce soient les accidents articulaires qui dominent ; ils ne sont le plus souvent qu'un épisode dans l'évolution de la maladie. En même temps que les articulations, d'autres organes sont atteints : dans la scarlatine, il y a néphrite ; dans les arthrites ourliennes : les parotides, les testicules, les ovaires sont atteintes. Dans la dysenterie il y a lésion du tube digestif.

L'arthrite de la scarlatine apparaît surtout au déclin de la maladie. Elle se localise de préférence aux poignets et aux cous-de-pied.

Généralement, elle ne se décèle que par la douleur que l'on réveille à la pression des articulations lésées. Ces arthrites ont quelquefois de la tendance à la suppuration.

Dans la dysenterie c'est la forme rhumatismale de Stoll qui est la plus fréquente. Une ou plusieurs articulations peuvent être prises simultanément ou successivement. Cette arthrite a les plus grandes analogies avec l'arthrite gonococcique, surtout à cause de sa ténacité.

A part ces cas, le diagnostic doit être fait avec les rhumatismes infectieux qui peuvent se montrer au cours d'une infection quelconque. Il y a, dans ces cas, tableau symptomatique de l'entité morbide.

2° *Les arthrites tuberculeuses.* — Un des meilleurs arguments en faveur d'une arthrite tuberculeuse est la douleur à la pression, localisée en un ou plusieurs points très limités, séparés par de grandes surfaces indolores. En effet, dans la tumeur blanche du genou, par exemple, malgré la grosse tuméfaction qui existe, il arrive souvent que toute l'articulation est indolore, sauf en un point très limité, juste à l'endroit où s'exerce la pression. Pour qu'il y ait douleur généralisée à toute l'articulation, il faudrait admettre une invasion tuberculeuse atteignant toutes les extrémités osseuses, ce qui n'est guère vraisemblable.

Dans l'arthrite tuberculeuse la douleur disparaît par le repos, et ne survient qu'à l'occasion d'une fatigue.

Le diagnostic, dans ce cas, a une très grande importance, car le traitement et le pronostic sont tout différents.

L'examen de l'appareil respiratoire et les antécédents peuvent aussi venir en aide pour le diagnostic.

3° *Le rhumatisme articulaire aigu.* — C'est le diagnostic le plus difficile à faire. En effet, tous les symptômes prémonitoires, angines, sueurs, herpès peuvent se retrouver très fréquemment au cours de l'infection blennorrhagique. Le seul élément de diagnostic qui ne fasse jamais défaut, est *l'inefficacité du salicylate de soude*.

DIAGNOSTIC POSITIF

Devant une articulation douloureuse, tuméfiée, rouge, lorsque les signes d'une maladie infectieuse font défaut, il faut toujours penser à une arthrite gonococcique ; prenons un à un les symptômes que l'on rencontre le plus souvent aux cours de ces arthrites.

Symptômes généraux. — Dans les arthrites gonococciques, ce qui domine, c'est surtout la lésion articulaire ; tous les signes généraux sont subordonnés à l'intensité de l'emprise articulaire. La fièvre ne dépasse pas souvent 38°.

Symptômes locaux. Couleur. — Au lieu d'y avoir lymphangite en placards mal limités comme dans

le rhumatisme articulaire aigu, placards qui se déplacent journellement d'une articulation à l'autre et ne comprennent que l'article, il y a, dans le cas d'arthrite gonococcique, coloration intense presque violette, dépassant largement les limites de l'articulation. On constate assez souvent de longues traînées lymphangitiques.

Tuméfaction. — La tuméfaction de l'arthrite gonococcique est articulaire et péri-articulaire. D'après M. Stérian, l'arthralgie seule n'existerait pas : il y aurait toujours arthrite concomitante. A l'appui de cette affirmation, M. Stérian démontre facilement que si, tous les jours, on mesure le périmètre de l'articulation malade, on constate des variations pouvant se traduire par une différence de périmètre assez net, preuve que les éléments de l'articulation sont lésés.

La tuméfaction s'étend sur une grande partie du membre ; quelquefois, lorsque l'infection passe à l'état sub-aigu, il est une particularité très importante et sur laquelle M. Stérian insiste, c'est que, de toutes les tuméfactions produites par une lésion articulaire, l'infiltration qui se trouve au cours de l'arthrite gonococcique est la seule qui présente le signe du « godet ».

Douleur. — La douleur est très vive, avec paroxysmes nocturnes quand on ne prend pas soin de mettre le membre dans une gouttière. La pression réveille la douleur sur toute l'étendue de l'articula-

tion et des tissus avoisinants. Cette douleur est la cause de l'impotence fonctionnelle.

Atrophie musculaire. — Elle est presque aussi marquée que dans les lésions tuberculeuses.

TRAITEMENT

Avant tout, en face d'une arthrite gonococcique douloureuse et avec grosse inflammation, il faut pratiquer l'immobilisation dans une gouttière.

Pour le coude, cette immobilisation devra se faire en angle droit si le praticien n'a pas à sa disposition un moyen de guérison à peu près certain.

La position en angle obtus, d'après M. Stérian, est préférable à l'immobilisation à angle droit, car elle facilite la reprise des mouvements au moment de la guérison chez les malades traités avec son sérum.

Pour le membre inférieur, la meilleure position est l'extension.

Cette immobilisation doit se faire *avant tout autre traitement* pour deux raisons. 1° elle soulage le malade ; 2° elle évite la recrudescence de la douleur au moment des injections de sérum. Il ne faut jamais se contenter de l'immobilisation faite par le malade. En effet, pour tenir son membre immobile, le malade contracte inconsciemment tous ses muscles péri-articulaires pour transformer son membre en un levier immobile. Il y réussit, mais il y a alors rapprochement des surfaces articulaires, et

il en résulte une irritation continuelle et, par conséquent, douleur et inflammation.

De plus, sous l'action du sérum, les microbes chassés de tous les recoins de l'organisme où ils se trouvaient, au lieu de suivre la voie normale d'élimination, c'est-à-dire l'urèthre, sont appelés dans l'articulation toujours irritée, toujours douloureuse. Il ne faut donc pas s'étonner si, en traitant une arthrite gonococcique par des injections sous-cutanées d'un sérum actif, on obtient dans les premiers jours de la douleur et de l'inflammation, si l'on n'a pas eu la précaution de faire l'immobilisation complète dans une gouttière ; nous avons eu l'occasion de constater ce fait.

Sérum Stérian. — Devant la flore microbienne que l'on rencontre dans les uréthrites blennorrhagiques, M. Stérian eut l'idée d'immuniser des animaux contre tous les micro-organismes contenus dans l'urèthre. Pour la plupart des auteurs, les complications de la blennorrhagie sont dues, non seulement au gonocoque, mais encore à ces associations microbiennes y vivant dans un milieu d'élection. M. Stérian insiste surtout sur ce dernier point ; il prend le pus contenu dans l'urèthre infecté et, selon sa technique, l'injecte aux animaux par la voie intrapéritonéale.

C'est à cause de cela que l'auteur du sérum dont nous nous sommes servi, n'a pas jugé utile de faire de culture pour vacciner selon l'ancienne

méthode ; sa conduite à cet égard est logique, car du moment qu'il ne croit pas à la spécificité du gonocoque, il était naturel qu'il agisse ainsi.

Le pus est très soigneusement recueilli et examiné ; est évidemment rejeté le pus contenant du bacille de Koch.

Ce pus contient généralement du gonocoque, du staphylocoque, des trétagènes, de nombreux bacilles aérobies et des anaérobies.

Au début de ses expériences, M. Stérian employait le bouc ; il se sert maintenant du cheval ; il fait des inoculations en série jusqu'à hypérimmunisation de l'animal (considérations de doctrines et de techniques, travail présenté à l'Académie de Médecine par M. Pinard).

Ce n'est qu'au bout de deux mois et demi environ, que le sérum est recueilli dans des ampoules de 10 cm³ ; il doit être conservé à l'abri de la lumière et à une température de moins de 14°.

Technique. — Comme pour toutes les injections de sérum, prévenir les accidents d'anaphylaxie.

Les injections se font tous les deux ou trois jours à la dose de 20 cm³ pour adultes ; il est prudent de ne pas dépasser la troisième semaine de traitement.

Tolérance au sérum. — Le nouveau sérum chauffé est très bien toléré.

A la suite de l'application du sérum, on remarque souvent qu'alors que l'écoulement urétral

était presque nul, il augmente brusquement pour se tarir peu après.

Comme nous le disions plus haut, dans ce cas, pour M. Stérian, sous l'action du sérum, tous les agents, causes de l'infection, seraient chassés de l'organisme et amèneraient cette recrudescence momentanée de l'écoulement.

Les accidents sériques, érythèmes, urticaire, sueurs, se rencontrent comme avec tous les sérums. Loin de traiter ces accidents par la cessation immédiate des injections, M. Stérian continue celles-ci, et aussitôt les accidents disparaissent. D'une manière concomitante, il injecte matin et soir 0 gr. 25 d'ergotine en les alternant avec les piqûres de sérum ; nous avons pu nous rendre compte par nous-même de la valeur de ce traitement qui fut institué chez un malade du service du docteur Caussade.

Choc anaphylactique. — M. Stérian, au cours de milliers de piqûres qu'il a pratiquées avec son sérum, ne l'a rencontré que deux fois ; une première fois à Lariboisière, l'autre fois chez le malade de l'observation n° VIII.

Dans ce dernier cas, c'est à la 7^e piqûre, c'est-à-dire 15 jours après la 1^{re}, que le choc anaphylactique s'est déclaré. A peine le malade avait-il reçu 5 centimètres cubes de sérum, qu'il ressentait une violente oppression ; le visage est violacé, le malade suffoque, les mouvements respiratoires sont arrêtés en inspiration forcée, il y a inhibition des nerfs des

muscles expirateurs ; aussi la première des choses à faire en ce cas, est la compression de la base de la paroi thoracique et ensuite la respiration artificielle. Injections d'éther et d'ergotine.

A quoi tiennent ces accidents ? Pour M. Stérian ils seraient dus à ce que toutes les injections ayant été faites au même point, il peut y avoir sclérose momentanée avec vaisseaux de néo-formation ou perte d'élasticité des anciens vaisseaux ; dans ce cas une petite veinule a pu se rompre sous l'action d'une nouvelle injection, et permettre l'irruption brusque du sérum dans le torrent circulatoire.

Donc, par mesure de précaution, il est recommandé de ne pas faire 2 piqûres au même endroit ; il serait même bon, selon la technique de Besredka, de faire respirer quelques bouffées de chloroforme, ou de faire absorber 40 gouttes d'éther pour neutraliser l'action de la toxine anaphylactisante.

Il est une méthode de traitement du choc anaphylactique qui donne de bons résultats, mais que l'on ne saurait indiquer que dans des cas extrêmes parce que très douloureuse ; elle consiste à projeter quelques gouttes d'éther dans les yeux du malade ; il se produit un second choc détruisant le choc anaphylactique.

OBSERVATIONS

Dans sa thèse, Binet signale 5 cas de complications de la blennorrhagie traités et guéris par le sérum Stérian.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme atteinte de méno-arthrite gonococcique du coude droit. Il lui est fait trois piqûres de 20 cm³ de sérum à 3 jours d'intervalle ; quatre jours après la dernière piqûre, la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

Les autres observations rapportent des cas semblables de guérison survenant au bout de quatre à six injections.

OBSERVATION I

S. T..., modiste, 24 ans. Entre le 26 septembre 1921, pour douleurs vives de l'articulation au poignet gauche, avec impotence fonctionnelle complète.

Histoire de la maladie : le 18 septembre se déclarent des douleurs sourdes à la main gauche qui devient moins souple. Une semaine après, les douleurs ont considérablement augmenté, en même temps que l'inflammation du poignet.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : une arthrite du genou droit à la suite d'un accident de cheval. Trois semaines avant son entrée, la malade a eu des pertes aqueuses accompagnées de quelques troubles urinaires.

Température $37^{\circ}4$ le matin, 38° le soir.

Traitement. Le 29 septembre : immobilisation, puis une première piqûre de *sérum Stérian* de 15 cm^3 est effectuée.

1^{er} octobre. La douleur très diminuée ; le palper et les mouvements passifs sont assez supportables, *deuxième piqûre* de 18 cm^3 .

3 octobre. *Troisième piqûre* de 11 cm^3 de sérum.

5 octobre. Le poignet et les phalanges commencent à récupérer leur fonction.

6 octobre. *Quatrième piqûre* de 9 cm^3 ; température : $37^{\circ}2$ matin ; $38^{\circ}4$ le soir.

8 octobre. L'articulation a repris une bonne partie de ses mouvements. L'attelle qui maintenait l'immobilisation est remplacée par une écharpe. La palpation ne cause plus aucune douleur, la tuméfaction du dos de la main a complètement disparu, la périarthrite du poignet est très réduite.

Température $37^{\circ}2$ le matin ; $37^{\circ}4$ le soir.

11 octobre. Les doigts ont regagné leurs mouvements de flexion et d'extension, sauf l'articulation carpo-métacarpienne du pouce dont les fonctions sont encore limitées. *Cinquième piqûre* de 11 cm^3 du même sérum.

13 octobre. Grande amélioration des articulations du poignet et des doigts ; la malade peut coudre. *Sixième piqûre* de 10 cm^3 de sérum.

OBSERVATION II

Ch. D..., ouvrier, 28 ans, entre le 18 septembre 1921, pour tuméfaction avec hydarthrose très douloureuse du genou gauche survenue au cours d'une blennorrhagie qu'il a depuis le 3 septembre 1921. Le malade est complètement immobilisé dans son lit, avec le membre inférieur gauche en extension complète.

Histoire de la maladie. — Le 10 septembre se déclare une arthrite de l'annulaire gauche (première articulation inter-phalangienne). Quelques jours après, douleur au niveau du tendon d'Achille, ensuite le processus arthropathique se porte sur le genou gauche.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : nuls. Le malade a subi, au cours de la guerre plusieurs inoculations de sérums et vaccins.

Etat actuel. — La première articulation interphalangienne de l'annulaire gauche, très douloureuse aux mouvements passifs, se trouve toujours en demi-flexion, ayant les fonctions abolies. Le genou gauche a enflé avec hydarthrose, ballotement de la rotule ; grande fluctuation, trois doigts au-dessus de la rotule. Mouvements passifs très réduits et très douloureux. Impotence fonctionnelle complète de tout le membre inférieur gauche ; marche impossible ; écoulement urétral très abondant, jaunâtre, gonocoques intra et extra-cellulaires.

20 septembre. Mensuration : genou gauche au-dessus de l'épanchement 40 cm. $1/2$, au-dessus de la rotule 36 $3/4$.

Genou droit au-dessus de la rotule 36 cm.

Traitement : immobilisation dans une gouttière. Première piqûre de 20 cm. de sérum Stérian.

22 septembre. Deuxième piqûre du même sérum.

23 septembre. — Mensuration, genou gauche au-dessus de l'épanchement 38 cm. 1/2, au-dessus de la rotule 36. Les douleurs sont très diminuées ; le malade peut descendre de son lit et marcher sans être soutenu et sans canne. *Troisième piqûre de 20 cm³.*

26 septembre. Mensuration au-dessus de l'épanchement 37 cm. ; l'écoulement urétral est réduit à une goutte séreuse. *Quatrième piqûre de 12 cm³ du même sérum*, le malade n'a aucune réaction locale, ni générale à la suite de ces 3 premières piqûres.

27 septembre. Urticaire généralisé sans aucune ascension thermique anormale. La température s'étant maintenue à 37° le matin et 37°5 le soir.

1^{er} octobre. L'urticaire disparaît.

3 octobre. *Cinquième piqûre de 19 cm³ de sérum.*

8 octobre. L'hydarthrose a disparu. Mensuration : genou gauche au-dessus de la rotule : 36 cm. Genou droit : 36 cm.

9 octobre. Les articulations du genou gauche et de l'annulaire de la main correspondante ayant récupéré depuis 4 jours leur forme et fonction normales, la polyarthrite est considérée comme guérie ; le malade quitte l'hôpital.

Revu 4 jours après, il était dans le même état de guérison, ayant repris ses occupations.

OBSERVATION III

Catherine D..., 48 ans, ouvrière dans un atelier de chiffon. Entre le 21 décembre pour arthrite gonococcique aux deux cous-de-pied.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : hystérectomisée quelques années avant pour tumeur fibromateuse.

Deux semaines avant son admission, la malade s'est aperçu qu'elle avait quelques pertes ; 8 jours après, elle voit avec inquiétude se déclarer des douleurs dans la cheville du pied droit, qui gagnent ensuite le cou-de-pied gauche. Claudication à la marche. La malade se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — A l'inspection on constate un organisme de taille moyenne, assez musclé, d'une constitution robuste. Rien au cœur, ni aux poumons. Pas d'albumine, ni de sucre. La malade boîte et souffre quand elle descend du lit, de sorte qu'elle préfère rester couchée. Examen de la sécrétion uréthrale et vaginale : gonococques extra-cellulaires avec flore d'association.

Le 24 décembre. *Première piqûre sous-cutanée*, à la cuisse, de sérum Stérian ; une heure après une piqûre antianaphylactique de 3 cm³ sous la clavicule.

Le 25 décembre. La malade se sent très améliorée.

Le 26 décembre. *Deuxième piqûre de 10 cm³ de sérum.*

Le 28 décembre. L'amélioration continue. La sécrétion vaginale a diminué. *Troisième piqûre de 10 cm³ de sérum.* Le soir température 39°6.

29 décembre. Température matinale : 38°2. Temp. vespérale : 38°8.

30 décembre. Température matinale : 38°4. Temp. vespérale : 39°1.

31 décembre. Température matinale : 38°5. Temp. vespérale : 38°4.

Quatrième piqûre de sérum Stérian.

1^{er} janvier. Température matinale : 37°8. Temp. vespérale : 37°8.

2 janvier. Température matinale : 37°4. Temp. vespérale : 37°5.

Cinquième piqûre de sérum Stérian (9 cm³).

Sécrétion vaginale et uréthrale disparues. Claudication et douleurs ont également disparu.

5 janvier. Mensuration : cou-de-pied gauche : 26 cm. 7/10. Cou-de-pied droit 25 cm. 1/2. *Sixième piqûre de sérum Stérian.*

7 janvier. *Septième piqûre de sérum Stérian.*

10 janvier. Cou-de-pied gauche : 25 cm. 7/10 ; cou-de-pied droit ; 25 cm. 1/2. La malade est complètement nettoyée de ses arthrites et de ses pertes.

OBSERVATION IV

(Service de M. Florand)

M. François, papetier, 28 ans. Entré le 3 décembre 1921 pour arthrite gonococcique phlegmoneuse du cou-de-gauche.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants.

Antécédents personnels : pas de passé pathologique. Pendant la guerre, le sujet a été blessé et a reçu plusieurs piqûres de sérums et vaccins.

Histoire de la maladie. — Aux premiers jours de novembre 1921 le malade contracte sa première blennorrhagie ; elle ne l'a pas fait trop souffrir, l'écoulement d'ailleurs étant peu important dès le début et continuant de même jusqu'au 24 novembre. Pendant cet intervalle la blennorrhée a été soignée par des lavages.

Le 24 novembre il ressent tout d'un coup, au cours de son travail, une douleur modérée à la jointure du coude gauche, s'accroissant dans la nuit. Le surlendemain, la douleur a complètement disparu, et M. François retourné à son travail ; mais le soir les douleurs le reprennent sans plus le quitter jusqu'à la date de son entrée à l'hôpital.

3 décembre. Etat actuel : le malade est reçu à la salle Rabelais pour arthrite douloureuse de forme pseudo-phlegmoneuse du coude gauche. Le poignet et les articulations des doigts sont également prises, et l'infiltration des tissus occupe tout l'avant-bras et la main. Le 1/3 supérieur de l'avant-bras, en particulier, donne l'impression d'un phlegmon (lymphangite à l'olécrane avec des traînées sur le côté postérieur du bras). Ecoulement urétral modeste, contenant des gonocoques abondants et extra-cellulaires. Impotence fonctionnelle complète du membre supérieur gauche.

Traitement : immobilisation dans une gouttière.

6 décembre. *Première piqûre de 10 cm³ de sérum Stérian.*

7 décembre. Les douleurs sont moins vives. Le malade peut mouvoir les doigts.

3 décembre. *Deuxième piqûre de 10 cm³ de sérum.*

9 décembre. L'amélioration continue. La lymphangite disparaît, l'infiltration de l'avant-bras a beaucoup diminué. Les mouvements passifs sont aisés. Mais l'impotence fonctionnelle du coude persiste.

10 décembre. *Troisième piqûre de 10 cm³ de sérum Stérian.*

12 décembre. *Quatrième piqûre*, le coude, la main et les doigts se dégourdissent.

13 décembre. Ascension thermique de 39°4.

14 décembre. *Cinquième piqûre*. Le soir : 39°9.

15 décembre. Température le soir : 37°7.

16 décembre. L'écoulement urétral a disparu ; *sixième piqûre*.

19 décembre. *Septième piqûre*.

21 décembre. *Huitième piqûre*.

22 décembre. La gouttière est remplacée par l'écharpe. Pendant ce laps de temps, l'amélioration a progressé

continuellement et la tuméfaction du coude a complètement disparu. Plus de douleurs spontanées.

28 décembre. Le malade a récupéré toutes les fonctions de son membre supérieur gauche.

12 janvier 1922. L'écoulement urétral ayant reparu, le malade commence à faire quelques lavages.

10 janvier, il n'y a plus d'écoulement.

OBSERVATION V.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — SALLE RABELAIS

(Service de M. Florand)

S... Aaron, n° d'entrée 2207 ; entré le 6 février 1922 pour rhumatisme gonococcique au poignet droit.

Le malade souffre depuis 4 semaines d'une arthrite déclarée le 4^e jour d'une première blennorragie aiguë. Le mal s'est produit d'emblée au poignet droit avec douleur et inflammation. Avant son admission à la salle Rabelais, il a reçu, aux consultations, 6 piqûres d'un vaccin antigonococcique.

Etat actuel. — La main droite se trouve à demi-ankylosée en ligne droite, les doigts en griffe ; les tissus de l'avant-bras et de la main correspondante sont infiltrés et oedématisés. La pression du doigt laisse des godets profonds sur le dos de la main, les douleurs provoquées par les mouvements passifs sont assez considérables. La fonction du poignet et de la main est abolie, l'expression de l'urètre laisse apparaître une goutte séreuse au méat qui contient des gonocoques extra-cellulaires ; polynucleones modestes ; quelques cellules épithéliales. Pas de fièvre.

7 février. Première piqûre de 10 cm³ de sérum Stérian

à la cuisse droite ; une heure après une piqûre sous-cutanée anti-anaphylactique de 1 cm³ sous la clavicule.

8 février. Grande amélioration de tous les symptômes ; inflammation, œdème, douleurs considérablement diminuées. Les mouvements passifs et actifs du poignet possibles sans souffrance.

9 février. *Deuxième piqûre de 10 cm³* même sérum, précédée une heure avant d'une piqûre anti-anaphylactique.

11 février. Amélioration considérable. Le malade a regagné les fonctions de préhension. L'infiltration et l'œdème de l'avant-bras ont complètement disparu. Le dos de la main est redevenu normal. Par ailleurs la peau des doigts se desquame en petits lambeaux, laissant un tissu sus-jacent souple et lisse. Le sujet remue le membre supérieur en tous sens et manifeste une vive satisfaction dans son état général et local. Troisième piqûre de 10 cm³ même sérum précédée d'une anti-anaphylactique.

14 février. L'état de la main, de l'avant-bras et du poignet ont regagné toutes leurs fonctions sauf la force dynamométrique qui est un peu diminuée par comparaison. Il y a eu un mouvement thermique de 38°5, le lendemain de la troisième piqûre, pour retomber le 14/2 à 37°.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — SALLE ST-VINCENT-DE-PAUL
(Service du D^r Florand)

Registre des entrées 2395 : le 9 février 1922.

OBSERVATION VI

Angèle L..., 21 ans, femme de ménage, mariée. Admise pour arthrite du poignet gauche (d'origine gonococcique).

Antécédents héréditaires : père mort à 36 ans par accident ; mère au même âge d'un cancer de l'utérus.

Antécédents personnels : la malade a été opérée à l'âge de 6 ans d'une tumeur située dans la région du corps thyroïde.

Histoire de la maladie. — Après avoir accouché à terme le 19 décembre, elle subit un curetage. On a constaté, quelques jours après, de l'albumine dans les urines, et de l'œdème des jambes, symptômes qui disparurent ensuite. Un mois après l'accouchement, la malade constate l'apparition de pertes jaunâtres, avec de fortes démangeaisons et de la rougeur de la vulve, mais sans troubles urinaires. Peu de temps après, le poignet et la main gauche s'endolorissent et enflent.

Etat actuel. — Le poignet gauche et le dos de la main sont douloureux et tuméfiés ; douleurs spontanées de peu d'importance. Par contre, les mouvements passifs et actifs sont très douloureux, ce qui entraîne une abolition complète de la fonction de la main et du poignet correspondant. 37° 2 le matin, 37° 6 le soir. Pertes jaunâtres abondantes.

Traitement. — Immobilisation, et, le 15 février 1922, première piqûre de 10 cm³ de sérum Stérian, précédée d'une piqûre antianaphylactique de 1 cm³ sous la clavicule.

16 février. Douleurs très diminuées. Inflammations du dos de la main et du poignet presque effacées ;

17 février. Amélioration encore plus marquée ; la malade commence à se servir de sa main gauche et peut tenir son bébé au sein ; les pertes sont de beaucoup diminuées :

Deuxième piqûre de 10 cm³ du même sérum, précédée d'une piqûre anti-anaphylactique à la poitrine.

19 février. L'arthrite du poignet est guérie, la main ayant récupéré toutes ses fonctions.

25 février. La guérison se maintient .

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — SALLE LASÈGUE

(Service du D^r Florand)

OBSERVATION VII

B... Mélanie, 25 ans, pâtissière, demeurant 40, rue Labrouste, Paris (XV^e). Entrée le 3 mai 1922 pour arthrite coxo-fémorale g. très douloureuse, avec immobilisation. (La malade a été apportée sur un brancard, par suite d'impotence fonctionnelle complète).

A. II. — nuls.

A. P. — nuls.

Histoire de la maladie. — La malade souffre de pertes jaunâtres et de troubles urinaires depuis la fin du mois de mars. Le 23 avril, elle est saisie de douleurs dans l'articulation coxo-fémorale gauche, qui augmentèrent les jours suivants, et qui l'immobilisent complètement au lit.

Etat actuel. — La malade souffre d'élancements douloureux dans la hanche gauche. Les mouvements actifs et passifs sont impossibles, à cause des douleurs très aiguës au moindre toucher. Sommeil interrompu. Appétit nul.

Traitement. — Le 3 mai on fait une *première injection de 18 cm³* de sérum Stérian.

4 mai. Les douleurs sont calmées. Malgré un sommeil agité à la suite de la première piqûre de sérum, la malade se sent mieux.

5 mai. *Deuxième piqûre de 15 cm³.*

7 mai. Douleurs presque disparues. La malade tolère des mouvements de flexion de la hanche sur le bassin.

Les pertes jaunâtres se sont modifiées en une sécrétion glaireuse blanchâtre ; grande diminution quantitative. Bon état général. Retour de l'appétit.

8 mai. *Troisième piqûre de 22 cm³.*

9 mai. La malade peut descendre de son lit et marcher.

10 mai. Les pertes ont très diminué.

15 mai. Exeat, complètement guérie de son arthrite.
La malade garde encore un peu d'humidité vaginale.

OBSERVATION VIII

(Personnelle)

P..., âgé de 23 ans, entre dans le service pour douleurs au pied, au poignet et au coude gauche.

Histoire de la maladie. Depuis le 17 décembre le malade a présenté : de la fièvre, des petits frissons successifs, des courbatures surtout lombaires, de la céphalée sus-orbitaire droite, une angine rouge, des sueurs légères, deux épistaxis à cette époque, pas d'anorexie, ni de troubles digestifs.

Le 22 décembre, il ressent les premières douleurs qui siègent aux articulations tibio-tarsienne gauche, carpo-métacarpienne gauche, coude gauche, épaule gauche. Il est à remarquer que l'emprise se fait successivement dans l'ordre suivant : pied, poignet, coude.

Le 28 décembre 1922, à l'examen du malade, on constate : au pied, aucune tuméfaction, pas de rougeur ; seule subsiste une légère douleur que le malade accuse dans les mouvements ; au poignet, rougeur et tuméfaction surtout sur la face dorsale, allant de la base des doigts à une ligne transversale unissant les deux styloïdes radiale et cubitale.

Points douloureux à la pression.

1° Face palmaire interligne radio-cubital, au pli de

flexion ; la pression en ce point réveille un point douloureux au pli du coude.

2° Face dorsale du poignet à 2 cm. au-dessus de la styloïde radiale, la pression amène une douleur dans la région olécrânienne.

3° Au coude, rougeur et tuméfaction siégeant à la face postérieure et à la face externe, dépassant environ de 3 travers de doigts l'interligne articulaire au-dessous et au-dessus. Le coude est immobilisé en demi-flexion, l'avant-bras en pronation ; impotence due à la douleur vive que réveillent les mouvements. Cette douleur est quelquefois spontanée.

Points douloureux : au coude.

Ligament latéral interne.

Moitié interne du pli du coude.

Ligament latéral externe.

Bord supérieur du radius.

Signes généraux :

Pouls bien frappé, cœur normal.

Sueurs légères. Sauf anorexie, pas de troubles digestifs.

Herpès labial.

Antécédents :

Pas de blennorrhagie avouée.

Pas d'antécédents morbides.

Le massage de la prostate, fait deux fois, ne montre pas de gono, la seconde fois on trouve du staphylocoque.

Le 5 janvier 1923. Les phénomènes articulaires se résument au pied en une gêne légèrement douloureuse. La rougeur du poignet a disparu, mais la tuméfaction et la douleur persistent.

Au coude, on constate que la tuméfaction, loin de se résoudre sous l'action du traitement salicylé (14 gr. puis 8 gr.) s'est au contraire étendue ; elle s'étend sur tout le bras gauche, depuis la base des phalanges jusqu'à un travers de main au-dessus de l'acromion ; elle est surtout

prédominante à la face postéro-externe. Crises douloureuses nocturnes.

Le 4 janvier, le malade a eu des frissons qui durent 10' ; la température monte à 40°, sans qu'il y ait d'autres signes articulaires.

Le 6 janvier 1923. Pas d'améliorations des signes articulaires. Température locale, coude gauche : 35° ; coude droit : 32°5.

La température générale est tombée à la normale.

Le 8 janvier. Légère recrudescence des phénomènes douloureux au coude.

Le 17 janvier. Pas d'amélioration, l'impotence est toujours très marquée.

En résumé, après emprise du pied, du poignet et du coude gauche, seul ce dernier reste atteint, et il semble même que son état fluxionnaire se soit aggravé.

Le 20 janvier. Après 24 jours de traitement salicylé aucune amélioration. Début du traitement par le sérum Stérian, 20 cm³.

Examen après massage de la prostate. Pas de gonno.

Le 22 janvier, *deuxième injection* 20 cm³ de sérum Stérian.

Le 24 janvier, *troisième injection*, 20 cm³ de sérum Stérian, légère amélioration.

Le 26 janvier, coude tuméfié. Pas d'amélioration ; le traitement par le sérum Stérian est abandonné.

Le 27 janvier, pas d'amélioration. Sur les conseils du Dr Stérian, le traitement par son sérum est repris : sérum Stérian 20 cm³.

Le 30 janvier, à l'état stationnaire constaté depuis une dizaine de jours, fait suite une recrudescence des symptômes douloureux, avec nouvelle tuméfaction du poignet.

Eruption sérique à forme urticaire, sur tout le corps.

Immobilisation du coude dans une gouttière, V *sérum Stérian* 20 cm³.

1^{er} février. A la suite de la dernière injection de sérum, les phénomènes articulaires douloureux disparaissent ainsi que les accidents sériques.

Le 2 février, la température qui était au voisinage de 38° est revenue à la normale. La tuméfaction a diminué, la douleur provoquée est très atténuée. Quelques légers mouvements sont possibles. VI *sérum Stérian*, 20 cm³. Choc anaphylactique.

Revu quelques jours plus tard, la douleur a complètement disparu, il ne subsiste plus qu'une tuméfaction de l'extrémité du radius qui soit encore légèrement douloureuse à la pression.

MM. Caussade et Derville se proposent de présenter ce maade à la Société médicale des Hôpitaux. Il y avait, en même temps qu'une arthrite du coude, une périostite de l'extrémité supérieure du radius.

Cette dernière observation prouve très nettement que si l'on ne prend pas soin d'immobiliser l'articulation *avant le traitement* par le sérum, la douleur et la tuméfaction, bien loin de disparaître, subissent une recrudescence.

Les sept premières observations nous ont été fournies par M. Stérian ; elles proviennent du service du Docteur Florand ; sur 15 malades traités dans ce service par son sérum, M. Stérian a obtenu 12 succès.

CONCLUSIONS

Devant les nombreux cas d'arthrites gonococciques et de complications de la blennorrhagie, guérie par le sérum polymicrobien de M. Stérian, il semble que l'on se trouve en possession d'un médicament efficace de tous les accidents dus au gonocoque.

M. Stérian, dans une communication faite tout dernièrement à la Société Médicale des Hôpitaux, disait que sur 278 cas d'affection gonococciques, il avait obtenu avec son sérum 257 guérisons contre 21 échecs. Ces derniers lui semblent dus, soit à un traitement insuffisant, soit aux arthrites déjà passées à l'état d'ankylose définitive, soit à une erreur de diagnostic (arthrite aiguë, tuberculeuse, attaque de goutte).

Avec l'ancien sérum (sérum non chauffé) la réaction générale était souvent assez intense ; sur les conseils de M. Dopfer, M. Stérian chauffe son sérum une heure par jour à 60° pendant trois jours : avec ce sérum chauffé les grosses réactions du début ont totalement disparu.

Enfin, nous ne saurions mieux préciser notre idée qu'en citant le D^r Clerc : « Sans vouloir critiquer les autres moyens thérapeutiques, nous avons voulu attirer l'attention sur une méthode nouvelle, *ino-fensive*, apte à rendre les services les plus réels, si nous en croyons les remarquables succès que nous avons obtenus après l'avoir utilisée ».

En résumé : 1° La classification des arthrites gonococciques devrait être révisée selon de nouvelles données. En effet, l'arthralgie ne semble être qu'une arthrite atténuée.

2° Au point de vue diagnostic en face d'une arthrite qui semblerait due à une infection, il faut toujours songer, s'il y a absence d'une partie du tableau symptomatique de l'infection, à une arthrite gonococcique, alors même que l'on ne trouverait pas le gonocoque dans l'urèthre ou dans l'articulation.

3° Pendant toute la période aiguë d'une arthrite blennorrhagique, il y a gonococcémie ; donc, le traitement qui s'impose est un traitement général pour lequel le sérum Stérian, selon l'avis de MM. Vaquez, Florand, Clerc, Merklen et autres auteurs, donne les résultats les plus positifs (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, février 1923).

4° En présence des accidents sériques, le praticien ne doit pas hésiter à continuer le traitement par le sérum, le meilleur remède de la maladie sé-

rique n'étant autre chose qu'une nouvelle piqûre de sérum (*loco citato*).

5° Le traitement du choc anaphylactique consiste en respiration artificielle avec compression de la base du thorax, inhalation d'éther ou de chloroforme, piqûre d'ergotine ou d'éther.

6° Le traitement adjuvant du sérum est une immobilisation passive dans une gouttière.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

GILBERT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BINET. — Traitement de la blennorrhagie et de ses complications par un nouveau sérum polymicrobien (sérum Stérian). (Thèse Paris 1921).
- BRUN. — L'arthrite blennorrhagique. (Thèse Paris 1881).
- DIEULAFOÏ. — Rhumatisme infectieux (in *Manuel de pathologie interne*).
- FAURE-BEAULIEU. — La septicémie gonococcique (Thèse Paris, 1906).
- FERNET. — Les manifestations articulaires et para-articulaires de la blennorrhagie. — *Progrès Médical*, 1908.
- GUIARD. — Complications locales et générales de la blennorrhagie.
- DE LAPERSONNE. — Des arthrites infectieuses. (Thèse d'agrégation, 1897).
- LUYS. — Traité de la blennorrhagie et de ses complications. Paris 1921.
- MERKLEN, MINVIELLE, CLERC PERROCHAUD et STÉRIAN. — Traitement des arthrites gonococciques par le sérum Stérian (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1^{er} février 1923).
- SOUPLET. — La blennorrhagie, maladie générale (Thèse Paris 1893).
- THÉRÈZE. — Arthropathies blennorrhagiques.
-

Limoges, Imp. Commerciale Perrette
